



Número: **0800519-20.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **25/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	
<b>TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32598 678	23/07/2020 15:28	<a href="#"><u>2736562_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 103

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA:	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE/USUÁRIO:	IDADE:	SEXO
<u>21-09-19</u>	<u>0028</u>	<u>Ronaldo do Nascimento</u>	<u>30</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR		
<u>Qd: JAIRO NEVES FERREIRA</u>	<u>RENÉIA 05</u>	<u>Dr. Vitor</u>		
DESTINO DO PACIENTE:	RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:		
<u>Hospital</u>	<u>Dr. Vitor</u>			
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL:	RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:		
APOIO LOCAL	<input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:			
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE <input type="checkbox"/> EVÍDIO DO LOCAL				

*TIPO DE AGRADO:				
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL	
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS	
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL	
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA		

EXAME CLÍNICO ( PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS ):

Abdômen auto rítilo, desmaio devido + alcoolismo +  
ato ranharia -

DADOS VITAIS:

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO  <30 rpm  >30 rpm PULSO RADIAL:  PRESENTE  AUSENTE

PA: 120 x 100 FC: 61 FR: 18 TEMP: — PC-HGT: 120 POC: 99

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

AVP 204 Snl + 244p Transfusão ev 1 500 ml H -  
drog contínua + fio EV -

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pt inconsciente com os olhos fechados, desmaio -  
entro, pt coarço 2000 otomaria, seu pressionado -



## MATERIAL UTILIZADO

--

C.G:  NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO:  AGITAÇÃO  SONOLÊNCIA  COMA  CONVULÇÃO  OTORRAGIA  RIG DEZ

XAME GINECO-OBSTÉTRICO:  ABORTAMENTO  HEMORRAGIA VAGINAL  TRABALHO DE PARTO  NORMAL

EMANAS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTOS:  DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS  INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL  CANULA OROFARINGEA  
 CRICOTIREIDOSTOMIA  VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA  VENTILAÇÃO INVASIVA  OXIGÉNIO CATÉTER ÓCULOS  
 DRENAGEM TORÁCICA  MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA  DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO  CURATIVO  
 CONTROLE DE HEMORRAGIA  PUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  SONDA VESICAL  ASPIRAÇÃO V.A  
 IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  TALAS  COLAR CERVICAL  IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA  SEDAÇÃO  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

ERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: *hyp day 81 + 2mp furozam + 500 mg Ativon -*  
*centrozina + am ev.*

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS ( MÉDICOS ):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL  DECÚBITO LATERAL  DECÚBITO VENTRAL  SENTADO  ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

DENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: TAIAGO FAMAS CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) Ana Luisa Rebo COREN: 433094 MAT: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

OR SOCORRISTA: Aluizio MAT: \_\_\_\_\_



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



AZUL     VERDE     AMARELA     LARANJA     VERMELHA  
ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

NOME: Romário de Almeida Oliveira  
COR: branca DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1993 IDADE: 26 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Francisca Genilda de Oliveira PROFISSÃO:  
CARTÃO DO SUS: 700 0001 1074 9302 RG/CNH: 3 877.318  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Marlene Carvalho de Souza  
ESTADO/UF: PB CEP: 58 340-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 21/09/19

**SINAIS VITAIS:**

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: 94

MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

Paciente vítima de colisão envolvendo  
carro e motocicleta

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO: Op. f.

1° 500 mg 1000 Op. f.  
2° Dipenoxiptilol 616 1600 30:00 04.0  
3° Dipenoxiptilol 616 1600 30:00 04.0  
4° Dipenoxiptilol 616 1600 30:00 04.0  
5° Dipenoxiptilol 616 1600 30:00 04.0  
6° Dexmedetomidina 0,01 mg 1760,0  
7° Dexmedetomidina 0,01 mg 1760,0  
8° metoclopramida 10 mg 1600 0400  
9° \_\_\_\_\_  
10° \_\_\_\_\_  
11° \_\_\_\_\_  
12° Dipenoxiptilol 616 1710 1710  
13° \_\_\_\_\_  
14° Nimodipina 30mg 20 00 44h.  
15° Amoxicilina 1g  
16° \_\_\_\_\_  
17° \_\_\_\_\_  
18° \_\_\_\_\_  
19° \_\_\_\_\_

**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

**OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:**

*paciente estava de realização de exames, devido a este, encaminhado para SAMU, apresentando sintomas de origem direta, em FER, encaminhado a leucemia descontrolada. Devido a esse diagnóstico, o paciente foi medicado, solicitado exames laboratoriais e TC. No exame, o mesmo segundo resultado da TC para seguir exame de tomografia, paciente foi medicado.*

*Henrique Formiga*

ASS./COREN: *Henrique Formiga*  
COREN/PB 500.078

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

**MEDICAÇÃO:**

- |   |   |                                     |                                     |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - PRESCRIÇÃO | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO     | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> 2 - APLICADA   | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO      | <input type="checkbox"/> OUTROS     |

**ENCAMINHAMENTO:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSITENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

*X Francisco Gondim Almeida*

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOÃO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 21/09/2019 23:15:54

Ocorrência: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

2269

Arvidor do Dr.:

Paciente ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Idade: 26 Sexo: M

Filiação

Pai:

Mãe: FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

Bairro:

Naturalidade:

Fone:

Documentos

CNS: 700-0001-1074-9302

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 05/06/1993

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão:

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Quinto dia envolto no seu humor pelo stress após  
relato de violento mobbeding há c. 15 dias em sua  
escola primária. Muito somente, noite e alterações do sono/viés.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

Glárias 15, pupila incongruente, palpebral

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC de crânio + lesões báscicas.

Diagnóstico: TC crânio + lesões báscicas + hemorragia subaracnóidea

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saia Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Especialista: BARBARA







## Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Romário de Almeida Oliveira

Pacient 26ano seu entubado no seyo  
apoio nutric de sudenti mabulisticos  
hox à 15:20h com mava en nefrit  
cronicam, nefro sncop, mava e alteracão  
de sncrois. Pacient estab  
hox deu mava, conscient, mavelo  
expres. Os eys glag w 15, pupilas  
isométricas, plicatas. Sem snymp contus-  
pulmon abdomeal en alteracão.

TC de mava en mava.

21/09/14

DATA

Assinatura do Médico

Dr. Braga Siva Alexandre  
Médico Cirurgião  
CRM-PB 10.974  
CRL 7602-2941455624

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.  
"Tudo posso naquele que me fortalece"





Paciente: ROMÁRIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Nº do Paciente: P-201909212708

Data de Nascimento: 05/06/1993

Data do Exame: 21/09/2019

Sexo: M

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

### **INDICAÇÃO CLÍNICA:**

Avaliação após trauma.

### **TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### **RESULTADO:**

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Estruturas da linha média centradas.

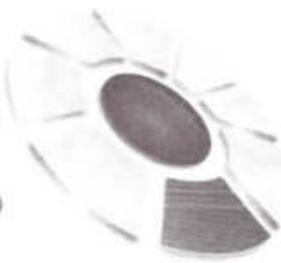
Cerebelo isodeno.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

Unidade 1: Coronel João Correiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9920-2114





## CONCLUSÃO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

*Rejane Silva da Silva*  
Assinado Eletronicamente por: Dra. Rejane Silva CRM 692530-RJ |  
Médica-radiologista RQE 26116-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 21/09/2019 20:04:38 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Melo, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3411-3567 / 9 9820-2111



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 9



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Fábio Henrique de Almeida Oliveira  
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5063 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 28 / 09 / 19 À 04 / 10 / 19 NECESSITANDO DE  
60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 04 / 10 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. Amauri H. S. Filho  
Neurocirurgião  
CRM-PB 5273

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO VTR: 103

IDENTIFICAÇÃO/OCORRÊNCIA

DATA:	OCORRÊNCIA Nº:	PACIENTE/USUÁRIO:	IDADE:	SEXO
<u>21-09-19</u>	<u>0028</u>	<u>Ronaldo do Nascimento</u>	<u>30</u>	<input checked="" type="checkbox"/> MASC <input type="checkbox"/> FEM
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	BAIRRO:	MÉDICO REGULADOR		
<u>Qd: JAIRO NEVES FERREIRA</u>	<u>RENÉIA 05</u>	<u>Dr. Vitor</u>		
DESTINO DO PACIENTE:	RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:		
<u>Hospital</u>	<u>Dr. Vitor</u>			
MOTIVO DO TRANSPORTE:				
<input type="checkbox"/> APOIO DIAGNÓSTICO <input type="checkbox"/> SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO				
TRANSPORTE SECUNDÁRIO:				
LOCAL:	RESPONSÁVEL:	FUNÇÃO:		
<input type="checkbox"/> APOIO LOCAL <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
OCORRÊNCIA QUE NÃO GEROU TRANSPORTE/MOTIVO				
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO QTH <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> RECUSA O ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> ÓBITO NO LOCAL <input type="checkbox"/> ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE <input type="checkbox"/> EVÍDIO DO LOCAL				

*TIPO DE AGRADO:				
<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL	
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS	
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL	
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> QUEDA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	
<input type="checkbox"/> F.A.F.	<input type="checkbox"/> QUEIMADURA	<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA		

EXAME CLÍNICO ( PRINCIPAIS SINTOMAS/QUEIXAS ):

Abdômen auto rítilo, desidratação + desidratação +  
ato urinário -

DADOS VITAIS:

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA/RESPIRAÇÃO  <30 rpm  >30 rpm PULSO RADIAL:  PRESENTE  AUSENTE

PA: 120 x 100 FC: 61 FR: 18 TEMP: — PC-HGT: 120 POC: 99

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

INTERVENÇÕES:

AVP 204 Srl + 244p Transfusão ev 1 500 ml H+  
drogante + fio EV -

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Pt inconsciente com os olhos fechados, desidratação, desidratação, pt com h2co2 otomaria, seu pressionamento -



## MATERIAL UTILIZADO

--

C.G:  NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

XAME NEUROLÓGICO:  AGITAÇÃO  SONOLÊNCIA  COMA  CONVULÇÃO  OTORRAGIA  RIG DEZ

XAME GINECO-OBSTÉTRICO:  ABORTAMENTO  HEMORRAGIA VAGINAL  TRABALHO DE PARTO  NORMAL

EMANAS: \_\_\_\_\_ OUTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS:

PROCEDIMENTOS:  DESOBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS  INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL  CANULA OROFARINGEA  
 CRICOTIREIDOSTOMIA  VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA  VENTILAÇÃO INVASIVA  OXIGÉNIO CATÉTER ÓCULOS  
 DRENAGEM TORÁCICA  MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA  DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO  CURATIVO  
 CONTROLE DE HEMORRAGIA  PUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  SONDA VESICAL  ASPIRAÇÃO V.A  
 IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS  TALAS  COLAR CERVICAL  IMOBILIZAÇÃO PRANCHA RÍGIDA  SEDAÇÃO  
 OUTROS: \_\_\_\_\_

ERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS: *hyp day 81 + 2mp furozam + 500 mg Ativo -  
Centrozina + Am. ER.*

EVOLUÇÃO CLÍNICA/INTERCORRÊNCIAS ( MÉDICOS ):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

POSIÇÃO DE TRANSPORTE:

DECÚBITO DORSAL  DECÚBITO LATERAL  DECÚBITO VENTRAL  SENTADO  ELEVAÇÃO DE CABECEIRA

TERMO DE RECUSA:

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

DENTIFICAÇÃO DA EQUIPE:

MÉDICO: TAIAGO FAMAS CRM: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A) Ana Luisa Rebo COREN: 433094 MAT: \_\_\_\_\_

TÉCNICO DE ENFERMAGEM: \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT: \_\_\_\_\_

OR SOCORRISTA: Aluizio MAT: \_\_\_\_\_



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



AZUL     VERDE     AMARELA     LARANJA     VERMELHA  
ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

**PACIENTE:**

NOME: Romário de Almeida Oliveira  
COR: branca DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1993 IDADE: 26 SEXO: M  
NOME DA MÃE: Francisca Genilda de Oliveira PROFISSÃO:  
CARTÃO DO SUS: 700 0001 1074 9302 RG/CNH: 3 877.318  
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: R. Marlene Carvalho de Souza  
ESTADO/UF: PB CEP: 58 340-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ DATA DE ATEND: 21/09/19

**SINAIS VITAIS:**

PA: \_\_\_\_\_ SPO: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ R: \_\_\_\_\_ HGT: 94

MEDICAÇÃO EM USO: \_\_\_\_\_

ALÉRGICO: ( ) SIM ( ) NÃO SE SIM, AO QUE: \_\_\_\_\_

Paciente vítima de colisão envolvendo  
carro e motocicleta

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:**

TIPOS: \_\_\_\_\_

RESULTADOS: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO: Op. f.

1° 500 mg 1000 Op. f.  
2° Dipenoxiptilol 616 1600 30:00 04.0  
3° Dipenoxiptilol 616 1600 30:00 04.0  
4° Dipenoxiptilol 616 1600 30:00 04.0  
5° Dipenoxiptilol 616 1600 30:00 04.0  
6° Dexmedetomidina 0,01 mg 1000 17:00 04.0  
7° Dexmedetomidina 0,01 mg 1000 17:00 04.0  
8° metoclopramida 10 mg 1000 1600 04.00  
9° \_\_\_\_\_  
10° \_\_\_\_\_  
11° \_\_\_\_\_  
12° Dipenoxiptilol 616 17:00 17:00  
13° \_\_\_\_\_  
14° Nimodipina 30mg 2cp VO 44h  
15° Amoxicilina 1g  
16° \_\_\_\_\_  
17° \_\_\_\_\_  
18° \_\_\_\_\_  
19° \_\_\_\_\_



**HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL**  
**"SENADOR RUI CARNEIRO"**



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID:

**OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:**

*paciente estava de realização de exames, devido a este, encaminhado para SAMU, apresentando sintomas de surto direto, em FER, encaminhado a levar para a enfermagem. Devido ao surto, o paciente foi medicado, solicitado exames laboratoriais e TC. No exame, o mesmo segundo resultado da TC para seguir exame de tomografia, paciente foi medicado.*

*Henrique Formiga*

ASS./COREN: *Henrique Formiga*  
COREN/PB 500.078

**CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:**

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

**TIPO DE ATENDIMENTO:**

- 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
- 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
- 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
- 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
- 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
- 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
- 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
- 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

**MEDICAÇÃO:**

- |   |   |                                     |                                     |
|---|---|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - PRESCRIÇÃO | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO     | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> 2 - APLICADA   | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO      | <input type="checkbox"/> OUTROS     |

**ENCAMINHAMENTO:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSITENTE (S) - CARIMBO (S)

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL

*X Francisco Gondim Almeida*

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO  
RUA CEL. JOÃO LEITE  
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

Data/Hora 21/09/2019 23:15:54

Ocorrência: TRAUMA CRANIOENCEFALICO

2269

Arvidor do Dr.:

Paciente ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Idade: 26 Sexo: M

Filiação

Pai:

Mãe: FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: RUA MARINETE CARVALHO DE SOUSA

Bairro:

Naturalidade:

Fone:

Documentos

CNS: 700-0001-1074-9302

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 05/06/1993

Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Profissão:

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Quinto dia envolto no seu humor pelo stress após  
relato de violento mobbeding há c. 15 dias em sua  
exposição em casa. Muito somos, noite e alterações do sono.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)

Glárias 15, pupila incongruente

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

TC de crânio + lesões báscicas.

Diagnóstico: TC crânio + lesões báscicas + hemorragia subaracnóidea

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saia Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Especialista: BARBARA







## Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Nome do Paciente: Romário de Almeida Oliveira

Pacient 26ano seu entubado no seyo  
apoio nutric de sudenti mabulisticos  
hox à 15:20h com mava en nefrit  
cronicam, nefro sncop, mava e alteracão  
de sncro. Pacient estab  
hox deu mava, conscient, mavelo  
expres. Os eur. Glag w 15, pupila  
isométrica, pheustica. Semiboxa contusio-  
pulmonar abdominal en alteracão.

TC de mava en vnes.

21/09/14

DATA

Assinatura do Médico

Dr. Braga Siva Alexandre  
Médico Cirurgico  
CRM-PB 10.974  
CRL 7602-2941455624

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.  
"Tudo posso naquele que me fortalece"





Paciente: ROMÁRIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Nº do Paciente: P-201909212708

Data de Nascimento: 05/06/1993

Data do Exame: 21/09/2019

Sexo: M

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

### **INDICAÇÃO CLÍNICA:**

Avaliação após trauma.

### **TÉCNICA:**

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### **RESULTADO:**

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Estruturas da linha média centradas.

Cerebelo isodenso.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

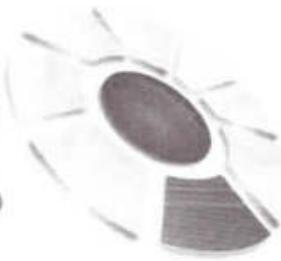
Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

Unidade 1: Coronel João Correiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097

Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237

Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9920-2114





## CONCLUSÃO:

Fratura têmporo-parietal e da mastoide à direita.

Fratura do seio esfenoidal esquerdo. Hemossinus.

Hematoma subdural fronto-têmporo-parietal esquerdo, medindo 8,0 mm de espessura, que determina apagamento dos sulcos e cissuras adjacentes e distorção do ventrículo lateral deste lado.

Foco de contusão cerebral hemorrágica na região temporal esquerda.

Hemorragia subaracnoide.

Hematoma subgaleal têmporo-parietal esquerdo.

*Rejane Tavares da Silva*  
Assinado Eletronicamente por: Dra. Rejane Silva CRM 692530-RJ |  
Médica-radiologista RQE 26116-RJ CRM ES-1964-55 em Laudo  
Radiológico Criado em 21/09/2019 20:04:38 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097  
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237  
Unidade 3: Rua Venâncio Melo, s/n / Centro - Catolé do Rocha - PB Fone: (83) 3411-3567 / 9 9820-2111



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 19



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR.(A): Fábio Henrique de Almeida Oliveira  
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 5063 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 28 / 04 / 19 À 04 / 10 / 19 NECESSITANDO DE  
60 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande, 04 / 10 / 19

Ass. do Médico - Nº. do CRM

Dr. Amauri H. S. Filho  
Neurocirurgião  
CRM-PB 5273

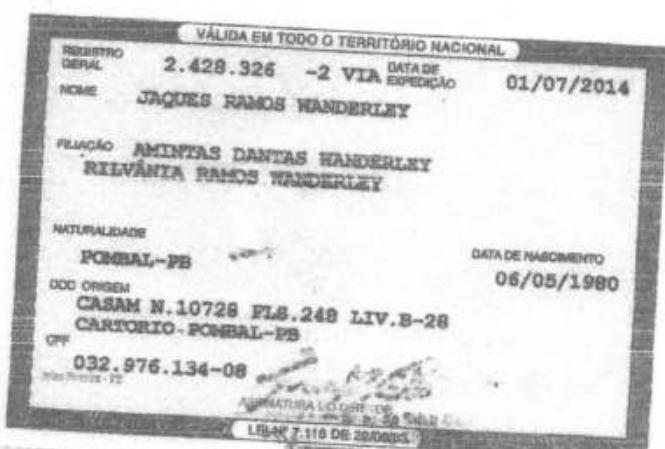
### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico

Ass. do Paciente ou Responsável

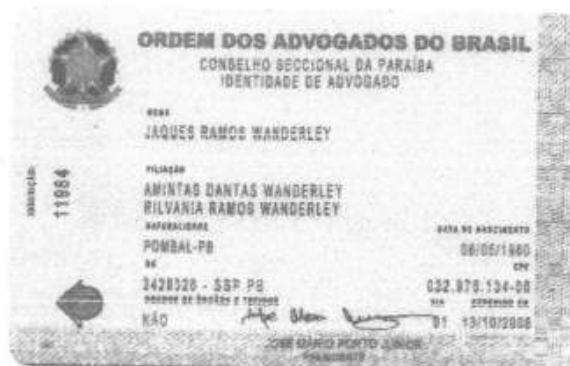
MOD. 060





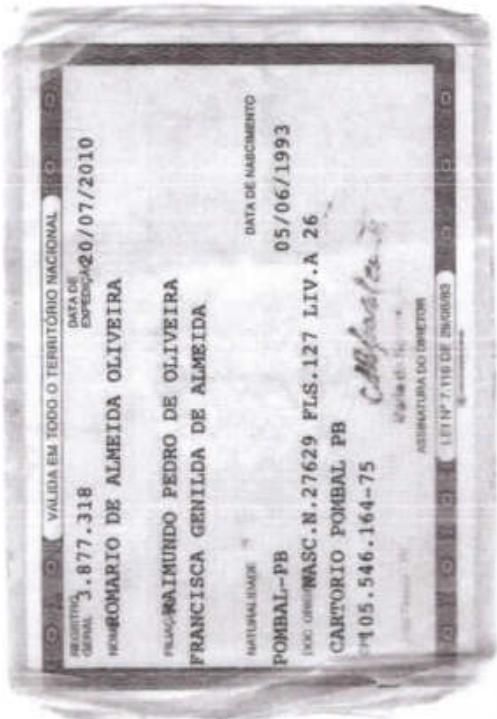
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

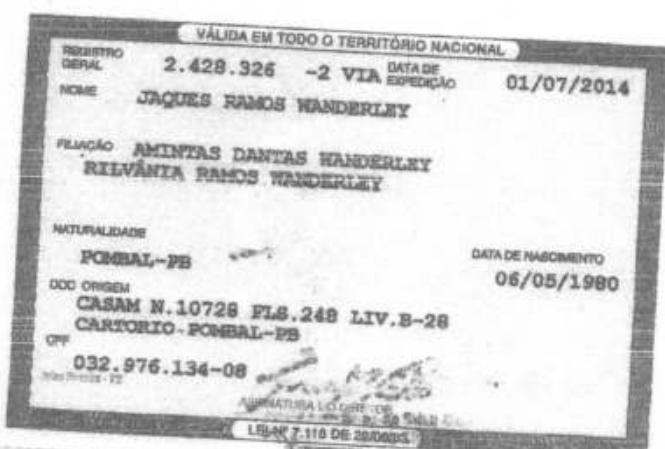
Num. 32598678 - Pág. 21

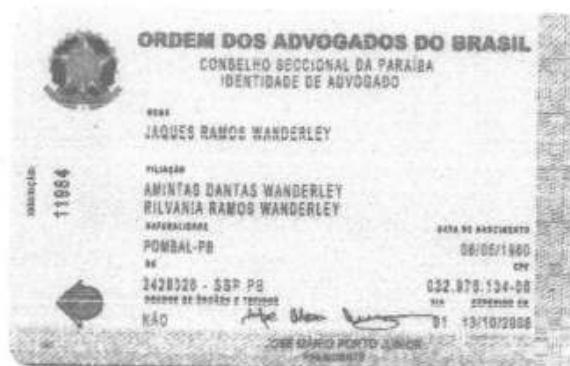


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 22

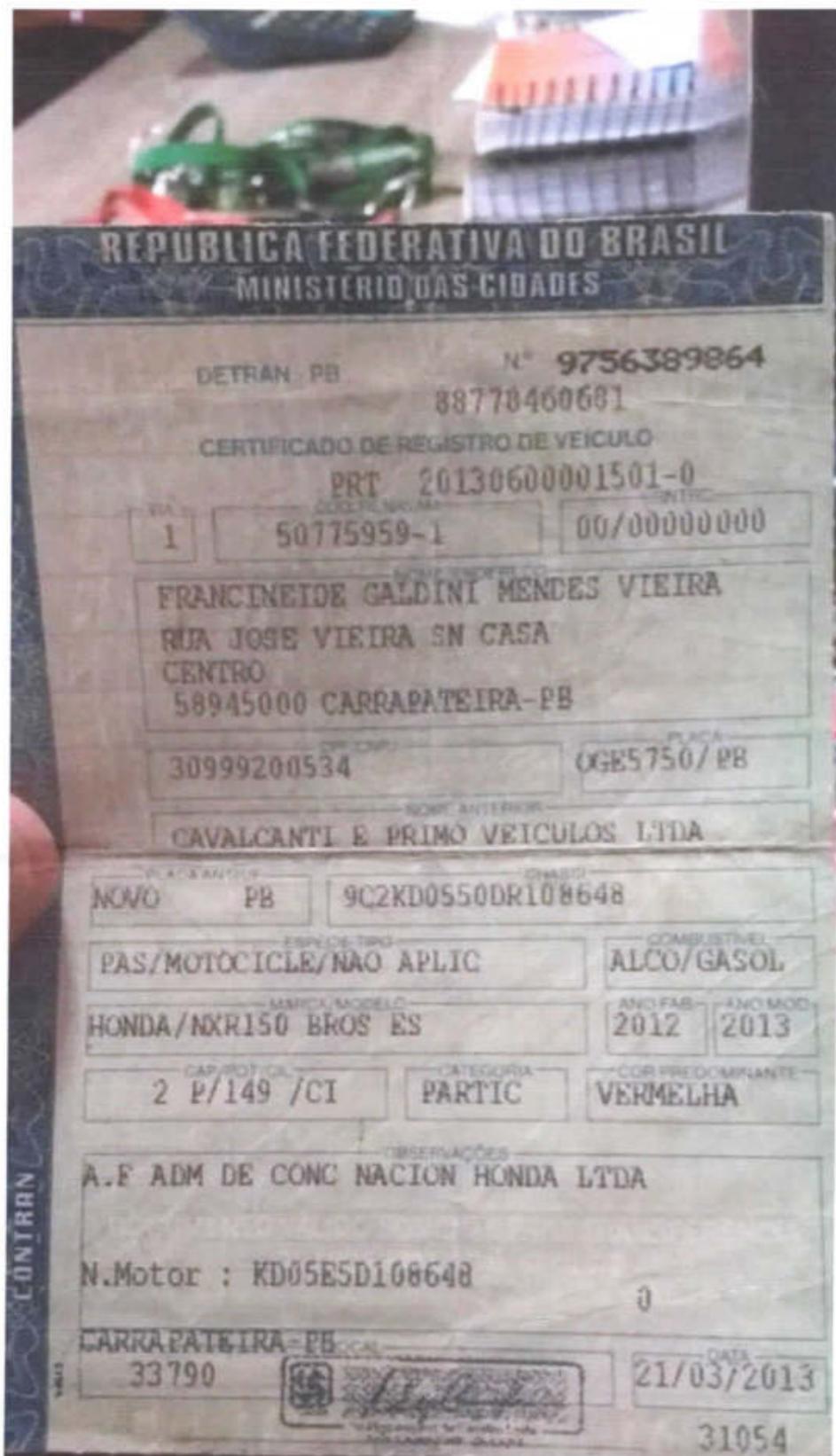






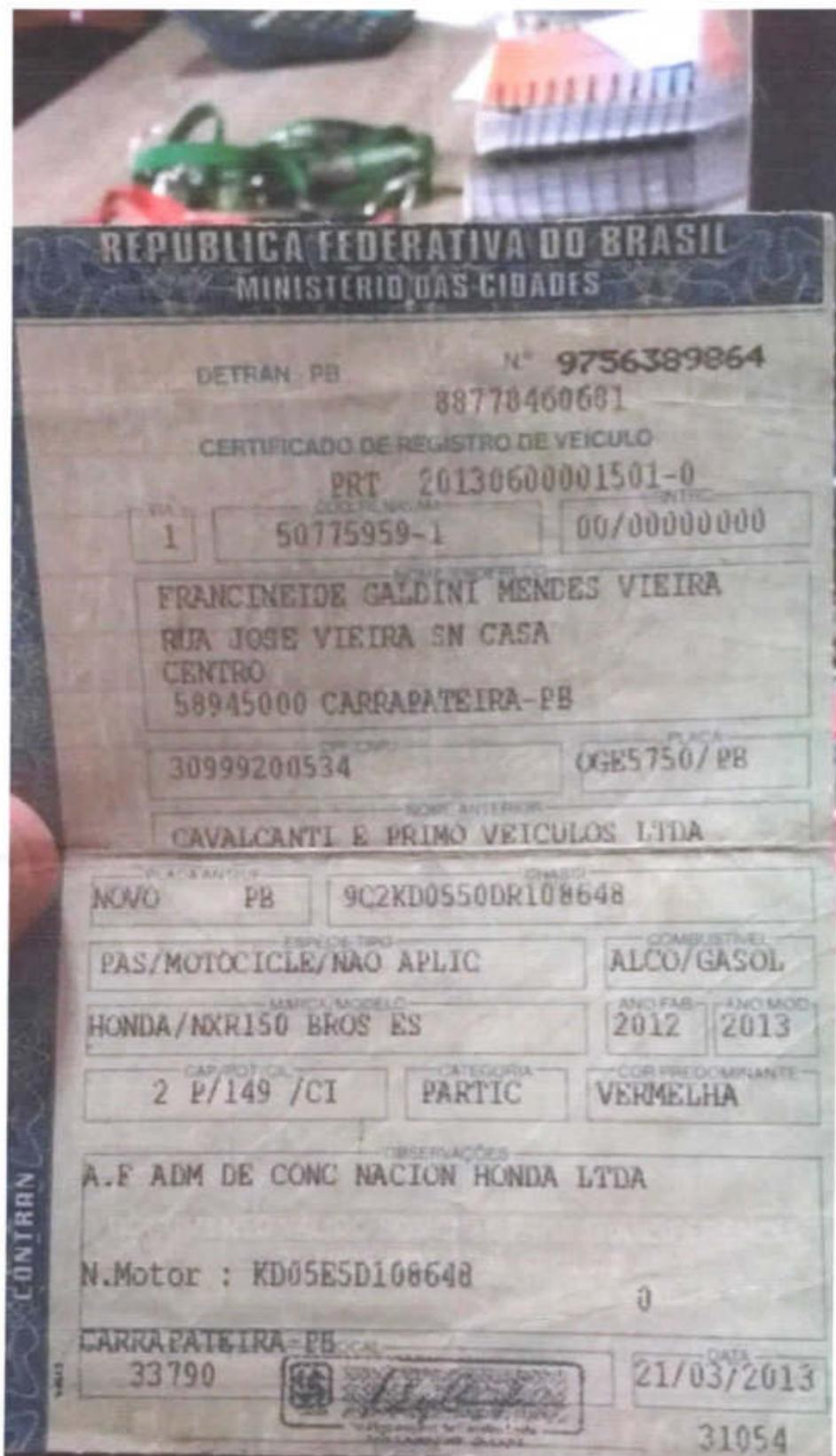
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 26







**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS JAN/2020

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY  
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - I - PETROPOLIS  
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
30830113264	17/06/2008	EXT LACRADO	LIGADO	POTENCIAL		
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m³)   NUM DE DIAS   PROXIMA LEITURA						
2505	2518	13	30	08/02/2020		
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
DEZ/2019	14	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2019	13	TURBIDEZ	0	0	0	
OUT/2019	16	CLORO	0	0	0	
SET/2019	11	COL. TERRIT.	0	0	0	
AGO/2019	10	COR	0	0	0	
JUL/2019	15	COL. TOTAIS	0	0	0	
HEDIA(m³)	13	DADOS REFERENTES A: NOV/2019.				

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31	
DÉSCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m³ - 37,91 POR UNIDADE	10 m³	37,91
11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³	3 m³	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS, IFT 1% 741/17  
VENIMENTO: 23/01/2020 Total a Pagar: R\$ 52,58



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.807/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA FATURA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSais DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DEBITO AUTOMATICO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007231528448760000031223064>  
Número do documento: 2007231528448760000031223064

Num. 32598678 - Pág. 30



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENB: ESTADUAL N° 160572028  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07182566.5

VENCIMENTO  
22/01/2020

Nº Documento: 20200171825665	ESCRITÓRIO	POMBAL	CPF/CNPJ:	064.XXX.XXX-XX		
MATRÍCULA 07182566.5	CLIENTE AMINTAS DANTAS W JUNIOR					
INSCRIÇÃO 112.002.155.0307.000	ENDERECO DO IMÓVEL RUA SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020		FATURA			
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA		ÁGUA	ESGOTO		
			LIGADO	POTENCIAL		
ÚLTIMOS CONSUMOS			LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA	
12/2019 - 2	11/2019 - 2	ANTERIOR	ATUAL	(M <sup>3</sup> )	DIAS	(M <sup>3</sup> )
10/2019 - 2	09/2019 - 1	67	70	3	30	0,10
08/2019 - 2	07/2019 - 3	09/12/2019	08/01/2020	NºHm:	Y15N469919	
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR				
1	3	R 5302				

## DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

## CONSUMO POR FAIXA

## VALOR R\$

AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	3 M3	37,91
--	------	-------

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.761 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL R\$ 37,91

\*\*AVISO\*\* A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO.  
LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N° 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

## INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

## Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020

MATRÍCULA  
07182566.5INSCRIÇÃO  
112.002.155.0307.000FATURA  
01/2020NÃO RECEBER APÓS  
31/01/2021

VENCIMENTO 22/01/2020

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





## FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200092689

Data da solicitação: 07.05.2020

DD/MM/AA

Nome do beneficiário: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

CPF do beneficiário: 105.546.164-75

Nome do solicitante: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

CPF do solicitante: 105.546.164-75

### DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (083 ) 999746322

Tel. Comercial: (083 ) 981488766

Tel. Residencial: (083 ) 34311825

E-mail: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

### INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

### ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCREVER)

### NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

MINHA TOMOGRAFIA ACUSOU:

FRATURA TEMPORO-PARIENTAL E DA MASTOIDE À DIREITA

FRATURA DO SEIO ESFENOIDAL ESQUERDO. HEMOSSINUS

FOCO DE CONTUSÃO CEREBRAL HOMORRÉGICO NA REGIAO TEMPORAL ESQUERDA

HEMORRAGIA SUBARACNOIDE

SEQUELAS GRAVES E DE CARATER PERMANENTE!

POMABL-PB, 07.05.2020

Local e Data

Romario de Almeida Oliveira.

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

#### IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).







**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS JAN/2020

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY  
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - I - PETROPOLIS  
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
39830113264	17/06/2008	EXT LACRADO	LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
2505 2518 13 30 08/02/2020  
HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.  
DEZ/2019 14 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES  
NOV/2019 13 TURBIDEZ 0 0 0  
OUT/2019 16 CLORO 0 0 0  
SET/2019 11 COL. TERMO 0 0 0  
AGO/2019 10 COR 0 0 0  
JUL/2019 15 COL. TOTAIS 0 0 0  
MEDIA(m³) 13 DADOS REFERENTES A: NOV/2019.

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31	
DÉSCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 m³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 m³	37,91
11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³	3 m³	14,67
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS, IFT 1% 741/17  
VENIMENTO: 23/01/2020 Total a Pagar: R\$ 52,58



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.807/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA FATURA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSALIS DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DEBITO AUTOMATICO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 35



CAGEPA

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENB: ESTADUAL N° 160572028  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07182566.5

VENCIMENTO  
22/01/2020

MATRÍCULA 07182566.5	CLINTE AMINTAS DANTAS W JUNIOR	ESCRITÓRIO POMBAL	CPF/CNPJ: 064.XXX.XXX-XX
INSCRIÇÃO 112.002.155.0307.000	ENDERECO DO IMÓVEL RUA SANCHAS QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020		FATURA
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
ULTIMOS CONSUMOS 12/2019 - 2 10/2019 - 2 08/2019 - 2	11/2019 - 2 09/2019 - 1 07/2019 - 3	LEITURA ANTERIOR 09/12/2019	CONSUMO (M <sup>3</sup> ) DIAS NºHm: Y15N469919
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR	CONSUMO/DIA 0,10
1	3	R 5302	

## DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

## CONSUMO POR FAIXA

## VALOR R\$

AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	3 M3	37,91
--	------	-------

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.761 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL R\$ 37,91

\*\*AVISO\*\* A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO.  
LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N° 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 ÀS 14:00H.

## INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

## Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020

MATRÍCULA  
07182566.5INSCRIÇÃO  
112.002.155.0307.000FATURA  
01/2020NÃO RECEBER APÓS  
31/01/2021

VENCIMENTO 22/01/2020

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200092689      **Cidade:** Pombal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA      **Data do acidente:** 21/09/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200092689      **Cidade:** Pombal      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA      **Data do acidente:** 21/09/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 09/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 38

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

<b>OUTORGANTE:</b>	ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Pombal – PB, nascido em 05.06.1993, filho de RAIMUNDO PEDRO DE OLIVEIRA e FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA, Residente e domiciliado na Rua Marinete Carvalho de Sousa, nº 111, populares, Pombal-PB, CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)
<b>OUTORGADO:</b>	<b>Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY</b> , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 09 / 2019.

POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.

Romario de Almeida Oliveira.

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA. Em test. — da verdade. Dú fá.  
POMBAL-PB, 20/02/2020

ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Selo Digital de Realização - Tipo Normal - 91034235-3-349  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
EMOLUM: R\$ 11,89 FARPEM: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 0,00



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

<b>OUTORGANTE:</b>	ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Pombal – PB, nascido em 05.06.1993, filho de RAIMUNDO PEDRO DE OLIVEIRA e FRANCISCA GENILDA DE ALMEIDA, Residente e domiciliado na Rua Marinete Carvalho de Sousa, nº 111, populares, Pombal-PB, CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)
<b>OUTORGADO:</b>	<b>Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY</b> , brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal – PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

**PODERES:** Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** - CPF: 105.546.164-75 / RG: 3.877.318 SSDS/PB qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 21 / 09 / 2019.

POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.

Romario de Almeida Oliveira.

Assinatura do Outorgante  
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA

Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA. Em test. — da verdade. Dú fá.  
POMBAL-PB, 20/02/2020

ANDRÉ LUIZ ELIAS DE QUEIROGA  
Selo Digital de Realização - Tipo Normal - 91034235-3-349  
Confira os dados do ato em <https://selodigital.tpb.jus.br>  
EMOLUM: R\$ 11,89 FARPEM: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 0,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0073918/20

**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**CPF:** 105.546.164-75

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/09/2019

**Titular do CPF:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA : 105.546.164-75

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/02/2020  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0134333/20

**Vítima:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**CPF:** 105.546.164-75

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/09/2019

**Titular do CPF:** ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA : 105.546.164-75

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 11/05/2020  
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY  
CPF: 032.976.134-08

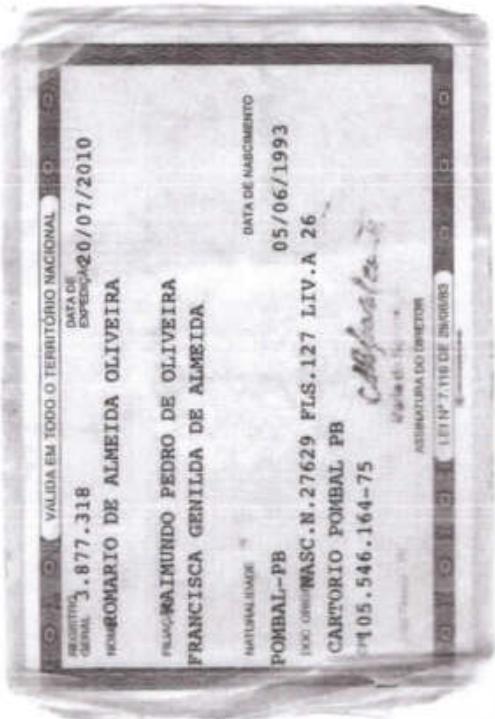
#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/05/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WAWAGNY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75.

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA DEL. FCO DA SILVA ALMEIDA</u>		Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>	
Bairro:	<u>PETRÓPOLIS</u>	Cidade:	<u>BOMBAL</u>	Estado:	<u>PARAÍBA</u>	CEP:	<u>58.840-000</u>
E-mail:	<u></u>				Tel.(DDD):	<u>(83) 999746322</u>	

Local e Data: BOMBAL-PB, 18.02.2020

Jacques Ramo Wawagny

Assinatura do Declarante



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825	
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA		Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL	UF PB

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019) NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 25/04/2019 às 15:55:26  
2505058096

2505058096







**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20200170682232 ESCRITÓRIO POMBAL

**SEGUNDA VIA**

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07068223.2

VENCIMENTO  
23/01/2020

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CPF/CNPJ: 032.***.***-XX	FATURA 01/2020
INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-000		
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
ULTIMOS CONSUMOS 12/2019 - 7 10/2019 - 8 08/2019 - 7	11/2019 - 8 09/2019 - 11 07/2019 - 6	LEITURA ANTERIOR 219 10/12/2019 09/01/2020	CONSUMO (M <sup>3</sup> ) 30 NºHm: Y17F649254
ECONOMIAS 1.	CONS. POR ECONOMIA 7	COD. AUXILIAR R 5307	CONSUMO/DIA 0,24

DESCRÇÃO DOS SERVIOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	T 143	67,65

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.781 de 2013, R\$ 10,18

**TOTAL R\$ 67,65**

\*\*AVISO\*\* A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.  
 LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

**INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019**

**Anexo 20 Portaria 05/2017 MS**

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	P.H.			Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA  
07068223.2

INSCRIÇÃO  
112.004.115.0005.000

FATURA  
01/2020

NÃO RECEBER APÓS  
31/01/2021

VENCIMENTO

23/01/2020

VALOR R\$

67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEBITO AUTOMATICO





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
105.546.164-75 ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA 6 - CPF: 105.546.164-75  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA MANINETE CANVALHO DE SOUSA 9 - Número: 110 10 - Complemento:  
11 - Bairro: POPULANOS 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARANÁ 14 - CEP: 58.840-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (43) 999746322

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

### 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasceu (mínasor)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário do ato assinado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: ANINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Amintas Dantas Wanderley junior

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: MAYARA MONIQUE ARAUJO WANDERLEY

CPF: 079.712.774-09

Mayara Monique Araujo Wanderley

Assinatura da testemunha

12/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 48

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª Superintendência Regional  
19ª Delegacia Seccional  
2ª Delegacia Distrital de Pombal  
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 126/2020

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: 21.09.2019 – pelas 15:20 horas

Local do ocorrido: **Rua Jairo Vieira Feitosa, Pereiros -Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 20.02.2020 – as 15:05 Horas

**COMUNICANTE:** **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** – CPF 105.546.164-75/ RG 3.877.318 /SSP-PB, brasileiro, solteiro, natural de Pombal-PB, estudante, nascido em 05.06.1993, filho de Raimundo Pedro de Oliveira e Francisca Genilda de Almeida, residente na Rua Marinete Cravalho de Sousa, 111, Janduy Carneiro - Pombal-PB, Tel: 83 9 96456932//

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES – ANO: 2012/2013 – COR VERMELHA – PLACA OGE 5750 /PB / CHASSI: 9C2KD0550DR108648, licenciada em nome de Francineide Galdini Mendes Vieira; Que conduzia a motocicleta quando colidiu com outra motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve traumatismo na cabeça; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Pombal -PB, em seguida transferido para o Hospital de Campina Grande -PB; Que testemunhou o fato a pessoa de JOSE HELIO BRITO DE SOUSA, CPF 005.363.131-56, residente a Rua Neuza brilhante de Moura, 107, Janduy Carneiro– Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

**OBS:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Romero de Almeida, Oliveira

Testemunha: Jose Helio Brito de Sousa

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Matheus de Sousa Lacerda  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 158345-4





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200092689**      **Vítima: ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 21/09/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15570364



Pag. 01983/01984 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 50



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
105.546.164-75 ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA 6 - CPF: 105.546.164-75  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA MANINETE CANVALHO DE SOUSA 9 - Número: 111 10 - Complemento:  
11 - Bairro: POPULANCS 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARANÁ 14 - CEP: 58.840-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (43) 999746322

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido (me nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
admirável  
beneficiária  
do acidente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: ANINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Anintas Dantas Wanderley junior

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: MAYARA MONIQUE ARAUJO WANDERLEY

CPF: 079.712.774-09

Mayara Monique Araujo Wanderley

Assinatura da testemunha

12/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 52



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
105.546.164-75 ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA 6 - CPF: 105.546.164-75  
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: RUA MANINETE CANVALHO DE SOUSA 9 - Número: 110 10 - Complemento:  
11 - Bairro: POPULANOS 12 - Cidade: POMBAL 13 - Estado: PARANÁ 14 - CEP: 58.840-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (43) 999746322

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

## 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцto (nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
admirável  
beneficiária  
do acidente

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: ANINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Junior Dantas Wanderley junior

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: MAYARA MONIQUE ARAUJO WANDERLEY

CPF: 059.112.774-09

Mayara Monique Araujo Wanderley

Assinatura da testemunha

12/2019

40 - Local e Data, 10/01/2020

\* Romanio de Almeida (Assinatura)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

\* Jailei (Assinatura)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064>  
Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 54

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª Superintendência Regional  
19ª Delegacia Seccional  
2ª Delegacia Distrital de Pombal  
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 126/2020

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT**

Data do fato: 21.09.2019 – pelas 15:20 horas

Local do ocorrido: **Rua Jairo Vieira Feitosa, Pereiros -Pombal-PB**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 20.02.2020 – as 15:05 Horas

**COMUNICANTE:** **ROMARIO DE ALMEIDA OLIVEIRA** – CPF 105.546.164-75/ RG 3.877.318 /SSP-PB, brasileiro, solteiro, natural de Pombal-PB, estudante, nascido em 05.06.1993, filho de Raimundo Pedro de Oliveira e Francisca Genilda de Almeida, residente na Rua Marinete Cravalho de Sousa, 111, Janduy Carneiro - Pombal-PB, Tel: 83 9 96456932//

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutor a motocicleta HONDA NXR 150 BROS ES – ANO: 2012/2013 – COR VERMELHA – PLACA OGE 5750 /PB / CHASSI: 9C2KD0550DR108648, licenciada em nome de Francineide Galdini Mendes Vieira; Que conduzia a motocicleta quando colidiu com outra motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve traumatismo na cabeça; Que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Pombal -PB, em seguida transferido para o Hospital de Campina Grande -PB; Que testemunhou o fato a pessoa de JOSE HELIO BRITO DE SOUSA, CPF 005.363.131-56, residente a Rua Neuza brilhante de Moura, 107, Janduy Carneiro– Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

**OBS:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Romero de Almeida, Oliveira

Testemunha: Jose Helio Brito de Sousa

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Matheus de Sousa Lacerda  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 158345-4





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
105.546.164-75 ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA	6 - CPF: 105.546.164-75		
7 - Profissão: ESTUDANTE	8 - Endereço: RUA MANINETE CANVALHO DE SOUSA	9 - Número: 111	10 - Complemento:
11 - Bairro: POPULANOS	12 - Cidade: POMBAL	13 - Estado: PARANÁ	14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 999746322		

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 18579-7

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцto (nascor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
admirada  
beneficiária  
do atendido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: ANINTAS DANTAS WANDERLEY JUNIOR

CPF: 064.978.664-50

Junior Dantas Wanderley junior

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: MAYARA MONIQUE ARAUJO WANDERLEY

CPF: 079.712.774-09

Mayara Monique Araujo Wanderley

Assinatura da testemunha

12/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/07/2020 15:28:45

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072315284487600000031223064

Número do documento: 20072315284487600000031223064

Num. 32598678 - Pág. 56





**COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA**  
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670  
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029  
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20200170682232 ESCRITÓRIO POMBAL

**SEGUNDA VIA**

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07068223.2

VENCIMENTO  
23/01/2020

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CPF/CNPJ: 032.***.***-XX	FATURA 01/2020
INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDERECO DO IMÓVEL RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-000		
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
ULTIMOS CONSUMOS 12/2019 - 7 10/2019 - 8 08/2019 - 7	11/2019 - 8 09/2019 - 11 07/2019 - 6	LEITURA ANTERIOR 219 10/12/2019 09/01/2020	CONSUMO (M <sup>3</sup> ) 30 NºHm: Y17F649254
ECONOMIAS 1.	CONS. POR ECONOMIA 7	COD. AUXILIAR R 5307	CONSUMO/DIA 0,24

DESCRÇÃO DOS SERVIOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	T 143	67,65

Valor aproximado desse tributo PIS e COFINS, Lei 12.781 de 2013, R\$ 10,18

**TOTAL R\$ 67,65**

\*\*AVISO\*\* A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.  
 LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

**INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019**

**Anexo 20 Portaria 05/2017 MS**

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	P.H.			Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA  
07068223.2

INSCRIÇÃO  
112.004.115.0005.000

FATURA  
01/2020

NÃO RECEBER APÓS  
31/01/2021

VENCIMENTO

23/01/2020

VALOR R\$

67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DEBITO AUTOMATICO





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WAWAGNY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134 / 08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75.

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROMANIO DE ALMEIDA OLIVEIRA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.546.164 / 75, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA DEL. FCO DA SILVA ALMEIDA</u>		Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>	
Bairro:	<u>PETRÓPOLIS</u>	Cidade:	<u>BOMBAL</u>	Estado:	<u>PARAÍBA</u>	CEP:	<u>58.840-000</u>
E-mail:	<u></u>				Tel.(DDD):	<u>(83) 999746322</u>	

Local e Data: BOMBAL-PB, 18.02.2020

Jacques Ramos Wawagny

Assinatura do Declarante



RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO  
DECLARAÇÃO ORIGINAL

## IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825	
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA		Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL	UF PB

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019) NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV  
pelo Agente Receptor SERPRO  
em 25/04/2019 às 15:55:26  
2505058096

2505058096

